

CONTRIBUTION A LA CURE RADICALE

DE

L'ÉVENTRATION POSTOPÉRATOIRE

avec Adhérence Intestinale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Avril 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAOUL SÉRULLAZ

Né le 14 Décembre 1867, à Lyon

Ancien Externe des Hôpitaux, Ancien Interne à l'Asile de Bron

Ancien préparateur de médecine légale et d'Hygiène



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Avril 1895

CONTRIBUTION A LA CURE RADICALE

DE

L'ÉVENTRATION POSTOPÉRATOIRE

avec Adhérence Intestinale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Avril 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAOUL SÉRULLAZ

Né le 14 Décembre 1867, à Lyon

Ancien Externe des Hôpitaux, Ancien Interne à l'Asile de Bron

Ancien préparateur de médecine légale et d'Hygiène



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Avril 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales.		BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements.	
Botanique.	
	POLLOSSON (Aug.) —
	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL,
DEROIDE.	PERRET.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	ROUX.	MOREAU id
DIDELOT.			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.) Président; M. WEILL, Assesseur; MM. JABOULAY et CONDAMIN Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PRÉFACE

La tendance actuelle est d'appliquer aux éventrations post-opératoires la méthode de cure radicale des hernies en général. Dans la crainte des accidents d'étranglement que pourrait entraîner la réduction d'une poche herniaire, les chirurgiens ont posé en principe la résection de cette poche; et, pour assurer la consolidation de la paroi abdominale, ils ont appliqué à la suture un soin tout particulier, ils ont été unanimes à reconnaître l'importance qu'il y avait à réunir plus particulièrement les plans aponévrotiques qui constituaient à leurs yeux le squelette de la paroi abdominale. Le procédé de Maydl qui s'inspirait de ces idées opératoires a donc prévalu en France comme en Allemagne. C'est pourtant une erreur scientifique de croire en chirurgie aussi bien qu'en médecine,

qu'une seule et même intervention puisse remplir à la fois toutes les indications. De ce qu'une méthode ne trouve son application que dans les cas rares et exceptionnels, il ne faut pas la rejeter, et la considérer de prime abord comme défectueuse.

Quand Simon (d'Heidelberg), Maas, Hoffa, eurent l'idée d'appliquer à la cure radicale de l'événtration post-opératoire le procédé pur et simple d'invagination du sac, c'est qu'ils redoutaient les dangers d'une laparotomie secondaire qui les exposait à blesser les anses intestinales adhérentes. Ce procédé opératoire était jusqu'à ce jour, sinon ignoré, du moins délaissé.

Il faut croire pourtant que les chirurgiens ont dû éprouver parfois de sérieuses difficultés à réséquer le sac quand ils se trouvaient en présence d'adhérences intestinales résistantes et étendues. Si nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale la relation de tentatives de résection malencontreuses, nous ne devons pas en être surpris ; il est assez rare de voir publier des observations d'opération malheureuse.

Dans deux tentatives de cure radicale d'événtrations post-opératoires, M. le professeur agrégé Jaboulay, malgré les précautions dont il s'était entouré, blesse l'intestin adhérent, en cherchant à faire la résection du sac. Il reconnut alors l'utilité de recourir à un autre mode opératoire, et sans connaître les résultats du professeur d'Heidelberg, il formula une conduite opératoire à peu

près similaire, que nous décrirons dans un chapitre de notre thèse.

Nous devons donc à M. Jaboulay l'inspiration de ce travail. C'est lui qui nous a aidé de ses conseils et guidé dans nos recherches. Nous sommes heureux d'exprimer toute notre reconnaissance à notre jeune maître, que nous avons toujours suivi dans nos études médicales avec une sympathique admiration à l'hôpital comme à la Faculté.

M. le professeur Pollosson a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait.

Nous demandons à M. le professeur agrégé Condamin, qui, par ses connaissances spéciales nous fait redouter sa critique éclairée, d'avoir un peu d'indulgence pour un travail un peu hâtif mais consciencieux.

En terminant nos études, nous remercions nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de l'intérêt qu'ils nous portent en nous faisant partager leurs travaux et tirer profit de leurs connaissances scientifiques :

M. le professeur Lacassagne, qui a bien voulu nous ouvrir les portes de son laboratoire et nous confier pendant deux ans les fonctions de préparateur ;

MM. les professeurs Ollier, MM. les D^{rs} Audry, Rabot, Vinay, nos maîtres dans les hôpitaux de Lyon ;

M. le professeur Pierret et M. le D^r Brun, nos maîtres en aliénation.

Nous garderons le précieux souvenir du maître que nous avons perdu, le professeur Rollet, le savant doux et persuasif qui nous a initié aux pratiques de l'hygiène.

Nous avons adopté pour l'exposé de notre sujet le plan suivant :

- I. Historique.
 - II. Manuel opératoire.
 - III. Indications opératoires.
 - IV. Critiques opératoires.
 - V. Observations.
 - Conclusions.
-

CONTRIBUTION A LA CURE RADICALE
DE
L'ÉVENTRATION POSTOPÉRATOIRE
avec Adhérence Intestinale

CHAPITRE PREMIER

Historique

En parcourant la littérature médicale, nous trouvons l'indication d'un nombre fort restreint de cures radicales d'éventration sans résection du sac herniaire.

Gerdy, dès 1832, employait pour les hernies inguinales le procédé d'invagination. Il invaginait le sac, en fixait le fond à la paroi antérieure du canal, l'avivait avec un caustique, l'ammoniaque, puis fermait l'orifice pratiqué à la paroi antérieure du canal. John Wood employait aussi la même pratique chirurgicale; il perfectionna le procédé et fit la suture sous-cutanée du trajet herniaire. Il s'était d'abord borné à implanter dans les tissus, de chaque côté du trajet herniaire, une épingle dont les extrémités étaient rapprochées par des fils et oblitéraient ainsi le trajet par dessus le sac invaginé. Son mode opératoire devient ensuite le suivant : au moyen d'une petite inci-

sion, on guide sur le doigt, dans le trajet inguinal, une aiguille à manche fixe, à l'aide de laquelle on traverse, avec une anse de fils, les bords internes et externes de l'anneau inguinal profond; le même fil est passé au travers du sac invaginé par le doigt dans son collet, en avant du cordon spermatique. De la sorte, quand l'anse de fil est serrée et assujettie par un nœud, elle détermine, par la constriction qu'elle exerce, le resserrement de l'anneau inguinal et l'oblitération du sac dont elle maintient l'invagination. Des procédés analogues ont été proposés par Wood pour les hernies crurales et ombilicales. La complexité du manuel opératoire fit abandonner cette méthode par les chirurgiens et par son auteur lui même, malgré des garanties assez sérieuses d'efficacité et d'innocuité. Gerdy, en 1836, traitait deux éventrations par ce procédé et ce fut avec succès.

Simon de Heidelberg perfectionna cette méthode de la cure de l'éventration sans résection, aussi porte-t-elle son nom. Simon, après avoir réduit l'intestin hernié, déprime la peau vers la cavité abdominale; il fait alors une incision circulaire qui pénètre jusqu'aux couches profondes du tissu circulaire sous-cutané de façon à avoir un avivement de 2 centimètres de large. Les surfaces d'avivement se réunissent en haut et en bas à angle aigu. On réunit tout d'abord par une suture superficielle les bords internes et postérieurs de la plaie et les fils sont noués du côté de la cavité abdominale. On ferme ainsi le cul-de sac cutané formé par l'invagination de la hernie ventrale. Puis on place une série de sutures plus superficielles et demi-profondes, pour rapprocher le reste de la surface avivée. On place un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie, afin

de permettre l'élimination des produits sécrétés par la plaie et par la peau et qui s'accumuleraient dans l'espace situé en arrière de la suture.

Dans deux cas traités par son procédé et relatés par Hadlich (1877), Simon eut un résultat satisfaisant, après une seule intervention dans un cas, après quatre dans l'autre.

Hegar (1879) fit une incision en fer à cheval autour de l'orifice d'invagination du sac. L'opération ne réussit qu'en partie et on ne put la recommencer par suite de circonstances extra-médicales.

Maas qui, en 1884, avait eu un insuccès par la méthode de Maydl, eut en 1887, par le procédé de Simon, très peu modifié, un très beau résultat. Il s'agissait d'une hernie ventrale, consécutive à sept grossesses et du volume d'une tête d'homme. Des adhérences de la peau aux viscères sous-jacents, adhérences appréciables à travers la peau amincie, le firent opérer suivant la méthode de Simon. L'avivement de chaque côté du sac herniaire invaginé était représenté par un rectangle long de 14 centimètres et large de 6. Suture en étages au catgut ; drain traversant de haut en bas le sac invaginé. La guérison persistait depuis deux ans quand Hoffa publia l'observation. Les deux orifices du sac ressemblaient à deux ombilics, donnant une sécrétion insignifiante et n'occasionnant aucun inconvénient. Hoffa admit par suite l'excellence de cette méthode, du moins pour certains cas, ceux par exemple où l'on peut constater des adhérences des viscères avec le sac.

Balandin a communiqué au dixième Congrès international de Berlin une cure radicale d'une volumineuse

éventration consécutive à une opération césarienne, et qu'il fit suivant la méthode de Simon : avivement de 1 cm. 50 des deux côtés de la hernie, et pénétrant jusqu'à la couche musculaire inclusivement ; trois étages de suture, un profond fermant le sac cutané refoulé dans l'abdomen, un second comprenant la couche musculaire et la peau, un troisième superficiel (ces deux derniers à la soie). Au moment de cette communication, la femme était enceinte de cinq mois, et le résultat primitif satisfaisant ne s'était point démenti : au-dessus du pubis, persistait cependant un point faible, de la largeur d'un double thaler, au-dessous de la partie suturée des bords du sac, en un point où la suture avait primitivement lâché par suite de sa tension excessive.

M. le D^r Vertheimer, dans son *Essai sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie* (thèse de Paris, 1888), donne une description assez détaillée de la méthode de Simon et mentionne en peu de mots quelques observations relatives à cette méthode ; mais il la considère comme défectueuse et imparfaite, et n'entrevoit même pas son application dans le cas d'adhérences intestinales.

M. le D^r Guillaud, sans porter de jugement sur le procédé de Simon, estime que la résection du sac suivant les principes de Maydl trouve son application dans la majorité des cas et doit toujours être la méthode de choix. C'est aussi la manière de voir des chirurgiens lyonnais.

M. le D^r Paul Berger, professeur de la Faculté de Paris, résume en ces termes l'opinion des chirurgiens modernes sur l'opération de Simon : « Personne n'aurait

plus l'idée actuellement de recourir, pour obtenir la guérison des éventrations, au procédé qui a été employé par Simon et décrit par Hadlich ; ce n'est qu'un dérivé du procédé de la suture sous-cutanée employée par Wood dans les hernies ombilicales. »

CHAPITRE II

Manuel opératoire.

Il nous semble rationnel de commencer notre étude par l'exposé du manuel opératoire. La description que nous allons en donner nous fera mieux comprendre les applications de notre méthode et les avantages qu'elle présente. C'est une méthode générale pour le traitement des éventrations postopératoires avec adhérences. Les dimensions, la forme, le siège de la cicatrice opératoire qui a été l'origine de l'éventration n'influent en rien sur les indications.

L'opération une fois décidée, certains préliminaires opératoires seront nécessaires pour rendre la tâche plus facile et assurer un meilleur résultat. Une seule intervention faite dans de bonnes conditions peut aboutir à la cure radicale que l'on recherche. Il est bien évident qu'on ne peut pas tenir compte des complications que le chirurgien peut redouter, mais pas toujours éviter. Est-il possible de

prévenir la suppuration, le relâchement des points de suture que l'insubordination et l'imprudence de la malade ont seules provoqués.

Avant toute incision, le chirurgien se livrera à un examen méthodique de la région.

Il s'assurera de la facile réductibilité de la poche herniaire. Par la palpation, il délimitera les contours de l'anneau musculo-aponévrotique, rétracté entre les plans séreux et cutanés. Il devra prendre en considération la distension parfois excessive de la paroi abdominale, dont l'éventration est dans une certaine mesure le corollaire. L'intestin mal contenu par la sangle abdominale, relâchée et flasque, tend à la suivre dans sa marche déclive. Les phénomènes nerveux et dyspeptiques dont la malade se préoccupe et se plaint sans cesse sont dus également à l'éventration et au relâchement de la paroi. Ces troubles fonctionnels ne doivent pas être mis sur le compte des adhérences intestinales. La cure une fois opérée, le soulagement éprouvé par la malade est une preuve de ce que nous avançons.

Le chirurgien poursuit donc un double but : supprimer l'éventration et rendre à la paroi abdominale sa tension physiologique. Il cherchera donc dans le tracé des incisions à remplir cette double indication.

Une dernière précaution à prendre sera de vider la vessie. L'antisepsie intestinale n'est pas indiquée comme dans les laparotomies. On procédera ensuite à l'opération sous anesthésie. Elle comprend quatre temps :

- 1° Tracé des incisions ;
- 2° Invagination du sac ;

- 3° Suture ;
- 4° Drainage.

Tracé des incisions. — On trace deux incisions en croissant, formant dans leur ensemble une ellipse qui circonscrit l'éventration cicatricielle. L'incision circulaire de Simon, l'incision en fer à cheval de Hegar rend moins facile le rapprochement des surfaces d'avivement. Les deux croissants sont disposés de part et d'autre du sac et leurs extrémités sont opposées deux à deux, sans se toucher. Ils seront reportés d'autant plus en dehors de l'anneau que les téguments de la paroi seront en excès. L'incision comprendra la peau, l'aponévrose superficielle et entamera le corps musculaire des grands droits. On obtiendra ainsi de chaque côté deux larges surfaces d'avivement. Nous comprenons l'intérêt qu'il y a à comprendre dans la section le plan musculo-aponévrotique ; l'expérience a montré qu'il donnait sa résistance à la paroi abdominale et nous ne faisons que nous conformer au principe posé par Pozzi et Lucas Championnière, qu'il faut toujours en assurer la réunion dans les plaies abdominales. Si nous ne sectionnons pas les grands droits dans toute leur épaisseur, c'est pour éviter les dangers que nous redoutons : blessure du péritoine et de l'intestin. Simon ne comprenait dans l'incision que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; aussi eut-il dans un cas réunion imparfaite des surfaces avivées.

2° Invagination. — Le deuxième temps opératoire est des plus simples. La réduction des anses intestinales s'effectue en même temps que l'invagination du sac.

L'adhérence de l'intestin ne permet pas la réduction seule de ce viscère. Elle ne constitue pas non plus un obstacle à la réintégration totale de la poche et de son contenu dans la cavité abdominale, comme cela arrive dans les hernies ordinaires. Il n'y a pas à redouter des réductions partielles ou incomplètes. L'anneau n'arrête pas non plus le chirurgien dans cette manœuvre opératoire. Il est donc inutile d'insister davantage sur celle-ci. La réduction et l'invagination une fois opérées, dans la crainte d'efforts de vomissements et de quintes de toux, il sera bon qu'un aide ait mission de maintenir la poche invaginée.

3° *Suture*. — Simon faisait la suture séparée des lèvres internes de la surface d'avivement, dans le but de faire d'abord l'occlusion du sac, et il procédait ensuite à celle des lèvres externes. Cette double réunion cutanée n'était pas faite théoriquement pour amener la consolidation. Il faut dire que l'adaptation parfaite des couches diverses de la section pariétale peut être obtenue dans un grand nombre de cas par les modes de suture les plus variés, suture enchevillée, suture profonde à crampons, suture profonde simple, quand on a soin de prendre toutes les couches de la paroi dans la suture.

Mais aucun procédé ne saurait assurer ce résultat, le rendre constant qu'une suture spéciale, de la couche aponévrotique. Cette suture spéciale, on la fera avec la suture enchevillée de toute la paroi. Ce dernier mode de suture était celui adopté par M. le professeur Laroyenne. Après avoir solidement rapproché les surfaces d'avivement par une suture enchevillée au fil d'argent, comprenant les trois plans musculaire, aponévrotique et cutané, on

fera une suture spéciale de la couche aponévrotique superficielle de la gaine des droits.

La suture enchevillée seule peut suffire quand elle comprend la couche aponévrotique et que cette dernière ne se rétracte pas plus que les autres couches. Mais avec la suture spéciale de la couche aponévrotique, on a la certitude d'obtenir une solidité irréprochable.

Si la suture enchevillée permet la coaptation facile des surfaces d'avivement par-dessus le sac invaginé, la suture à étages est d'une réalisation difficile, et rend ce temps opératoire très long. Balandin, pourtant, réalise cette suture à trois étages : une profonde pour le sac, une seconde pour la couche musculaire et aponévrotique, une troisième superficielle. Le rapprochement ne s'était sans doute pas effectué dans de bonnes conditions, car la suture avait primitivement lâché par suite de sa tension excessive, et il persistait un point faible sur la ligne de cicatrice. Nous préférons donc la suture enchevillée simple ou combinée avec la suture spéciale de la couche aponévrotique. Elle a donné à M. Jaboulay, de bons résultats.

4° Drainage. — Il est nécessaire pour permettre l'élimination des produits sécrétés par la plaie et par la peau, et qui s'accumuleraient dans l'espace situé en arrière de la suture. On choisira deux drains de petit calibre en caoutchouc durci, percé d'ouvertures latérales. L'un sera placé dans le fond du sac, et l'autre entre ce dernier et la ligne de suture. Tous deux s'aboucheront à l'angle inférieur de la plaie.

L'opération est alors terminée : son exécution a demandé une demi-heure au plus. Si tout marche dans l'ordre, la

cicatrisation se fait rapidement ; au bout de huit jours elle est parfaite. L'élimination des produits sécrétés s'opère plus lentement ; chez notre malade, elle s'était prolongée de quinze jours, et déjà les drains avaient été retirés. Chez notre opéré, la consolidation s'était affirmée ; au bout de de cinq mois le résultat ne s'était pas démenti. Il restait encore à la partie inférieure de la cicatrice une petite surface ombiliquée et cruentée, dont le recouvrement eût été facile à faire, si, sur les instances de la malade, on n'avait pas eu recours à une seconde intervention. Elle n'a pas eu un seul moment de menaces d'étranglement.

Les accidents divers post-opératoires, tels que tympanisme, toux, efforts violents de vomissements pourraient faire récidiver l'éventration, sans la suture enchevillée qui maintient la coaptation. Il faudra aussi obtenir des malades un repos relatif suffisant, et l'abstention de tout travail pénible pendant plusieurs semaines.

Quant au port d'un bandage, de rigueur pendant les premiers mois au moins, il n'a qu'une puissance bien limitée pour empêcher l'éventration. Le bandage exerce peut-être au niveau du pubis une pression moins parfaite qu'au-dessus. D'autres malades ont, au contraire, des réunions de la paroi assez solides pour qu'aucune hernie ne suive l'omission du port du bandage. MM. Pozzi, Richelot, Lucas Championnière, en ont cité des exemples multiples. Il est préférable pourtant de suivre les recommandations de M. Pozzi : Les malades porteront la ceinture pendant six mois, par prudence ; ensuite elles peuvent s'en dispenser.

CHAPITRE III

Indication opératoire

Des laparotomies faites en vue de supprimer le éventrations post-opératoires sont des opérations longues et difficiles, et nous donnerions une idée fausse de ces opérations si nous n'insistions sur ce sujet. M. Fochier a particulièrement appelé l'attention des chirurgiens sur ce point; et M. Lucas-Championnière, dans son *Traité de la cure radicale des hernies*, insiste surtout sur les difficultés qu'on éprouve à disséquer les différentes couches de la paroi. Nous avons entendu dire à M. Laroyenne qu'il fallait toujours se méfier des laparotomies secondaires et redouter les obstacles des anses intestinales adhérentes.

Les adhérences intestinales ont dans les hernies abdominales tramautiques et post-opératoires une bien autre fréquence que dans les hernies ordinaires. Les conditions dans lesquelles se forment ces hernies nous font comprendre aisément cette plus grande fréquence.

Le plus souvent ces adhérences surviennent avant l'apparition de toute éventration. Elles sont le résultat d'un processus inflammatoire plus particulièrement déterminé par la nature de l'intervention chirurgicale. C'est surtout à la suite d'opérations septiques qu'elles se produisent. Le tamponnement et le drainage abdominal, le Mickulicz, la fixation du pédicule d'une tumeur à la paroi en favorisant une éventration ultérieure provoquent aussi l'adhérence de l'intestin ou de l'épiploon à la paroi. L'accollement se fait naturellement entre la ligne d'incision, en voie de cicatrisation, qui constitue une surface d'avivement, et les anses intestinales enflammées. Fréquemment aussi la zone d'adhérence dépasse la ligne de cicatrice et le pourtour de l'anneau herniaire, l'éventration une fois produite.

L'adhérence de l'intestin se fait ou directement ou par l'intermédiaire de l'épiploon; mais ce dernier n'est jamais qu'un obstacle bien fragile au bistouri.

Les adhérences lâches et flottantes peuvent se détacher facilement si l'incision de la paroi a pu être faite sans accident. Mais quand elles se font sur une large surface et qu'il existe une fusion plus ou moins intime entre les anses intestinales et le péritoine avoisinant la cicatrice, le manuel opératoire des laparotomies secondaires devient d'une exécution fort délicate et parfois dangereuse. La blessure intestinale devient presque inévitable dans le tracé des lignes d'incision.

La résection du sac est dans ce cas une entreprise laborieuse, hérissée de dangers. En procédant suivant la méthode de Maydl et de Gill Wylie, dans quelques observations où la ligne d'incision circonscrivant l'éventration

était reportée à 4 ou 5 centimètres en dehors des limites sacculaires, la blessure intestinale n'a pas été évitée, en dépit des précautions opératoires prises par le chirurgien. Lors même qu'un temps opératoire s'était effectué sans accident, la libération, le décollement des anses intérieures ne s'opère qu'au prix de tiraillements énergiques, qui pourront faire redouter la déchirure des tuniques intestinales, déjà compromises par un travail inflammatoire antérieur.

Chrobak, en respectant l'enveloppe péritonéale du sac, semble prévenir les blessures intestinales. C'est du moins l'opinion de M. le Dr Gouilloud. Pourtant il n'en est rien. Il est théorique de croire que le décollement du péritoine est une opération facile. M. Lucas-Championnière a bien établi qu'il était fréquent de voir la fusion intime du feuillet péritonéal et des autres enveloppes de la poche herniaire. Le danger reste à peu près le même pour l'intestin sous-jacent, et les difficultés opératoires sont plus grandes.

Les observations publiées sur les opérations pratiquées suivant le procédé de Chrobak, celles de MM. W. Alexandre, Wertheimer, Gouilloud nous élifient sur la durée, les difficultés que présente l'isolement du sac et la facilité de ses lésions.

Les deux observations que nous devons à M. le professeur agrégé Jaboulay prouvent surabondamment les détectuosités de la méthode opératoire de Maydl, dans le cas fd'adhérences intestinales étendues.

C'est à la suite d'un essai infructueux de laparotomie secondaire pratiquée chez la malade de l'observation I que

M. le professeur Joboulay formula la conduite à tenir dans les cas analogues :

« Il faudrait, dans les cas d'éventration avec adhérences intestinales, faire, de chaque côté des limites sacculaires et en dehors d'elles, la section de la peau, de l'aponévrose superficielle et des grands droits dans une partie seulement de leur épaisseur, et suturer par-dessus le sac invaginé les surfaces d'avivement. »

A ce moment M. Jaboulay ne s'inspirait pas du procédé de Simon, tombé en désuétude et à peu près ignoré en France. Un aperçu historique de M. le D^r Gouilloud lui rappela l'opération du professeur d'Heidelberg, et il reconnut, entre son intervention et la méthode de ce dernier, une certaine analogie opératoire. Nous verrons pourtant qu'il apporta dans son exécution certains perfectionnements qui s'inspiraient des idées nouvelles sur la consolidation de la paroi abdominale.

Pour nous faire une juste idée des conséquences fâcheuses que peut avoir dans la résection d'une éventration la blessure de l'intestin, il nous suffira de lire l'observation de notre première malade. Chez cette dernière il s'était produit une fistule intestinale par où s'écoulait la bile, et en peu de temps était survenu un amaigrissement considérable, qui avait fait craindre pour la malade un dénouement fatal.

Il est donc important de reconnaître la présence de ces adhérences intestinales avant de faire le choix d'un mode opératoire.

Les signes de présomption nous sont fournis : 1° par les conditions opératoires que nous avons brièvement énumérées plus haut ; 2° par un ensemble de troubles fonctionnels, 3° par l'exploration du sac.

Les conditions opératoires nous fournissent de précieux renseignements. Les troubles fonctionnels sont un indice assez vague : ce sont des coliques dans le ventre et dans la hernie, des tiraillements épigastriques, une sensation de faiblesse et d'impotence, des vomissements fréquents, du gonflement du ventre par des flatuosités, une constipation rebelle.

L'exploration du sac pourrait déceler d'après Hoffa la présence des adhérences intestinales. Quand la poche de l'éventration est amincie, dit Hoffa, on peut percevoir à travers la paroi amincie l'intestin adhérent ; en déprimant le fond du sac avec la pulpe digitale, on se rend compte que les anses restent fixées par des travées fibreuses, et ne fuient pas sous la pression du doigt. L'opinion d'Hoffa nous semble au moins contestable.

La réductibilité de la poche herniaire ne peut pas nous donner de renseignement utile comme il en serait pour une hernie ordinaire.

L'incision seule de la paroi abdominale pourra éclairer notre diagnostic. Quand le chirurgien présume l'existence d'adhérences intestinales, il pourra recourir d'emblée à la méthode opératoire préconisée par M. Jaboulay, ou, s'il hésite encore à faire la résection du sac, il devra inciser la paroi au moins à 4 ou 5 centimètres en dehors des limites du sac, et n'aborder le péritoine qu'avec beaucoup de précautions. La séreuse une fois ouverte, il glissera la main dans la plaie péritonéale, et, comme le conseille Reynier, il ira explorer le contenu du sac, en cherchant s'il est possible de faire le décollement de l'intestin de dehors en dedans. S'il rencontre trop de résistance, il renoncera à cette manœuvre, il refermera la plaie abdo-

minale par une suture à étages, et, la cicatrisation une fois effectuée, il ne lui restera plus qu'à faire la cure radicale de l'éventration par le procédé d'invagination.

Mieux vaudrait ne pas faire cette incision exploratrice, et s'en tenir aux présomptions fournies par la laparotomie extérieure et les troubles fonctionnels accusés par la maladie. L'opération en elle-même a ses avantages, et elle ne présente pas les inconvénients qu'on lui attribue.

CHAPITRE IV

Discussion.

L'opération que propose M. Jaboulay est d'une grande simplicité d'exécution, au lieu de durer parfois plus de deux heures comme celle de Maydl, elle s'effectue en moins d'une demi-heure.

L'ouverture de la cavité abdominale est évitée. Malgré toutes les garanties antiseptiques que présente la chirurgie moderne, il faut toujours redouter les dangers d'infection pour une opération aussi longue que ces laparotomies secondaires ; il peut arriver aussi, et cet accident se produit plus fréquemment qu'il n'est mentionné, qu'un tampon, qu'une pince à forcipressure s'égare dans la cavité abdominale, et nécessite plus tard une autre intervention.

La consolidation de la paroi s'effectue dans de bonnes conditions. La suture des surfaces d'avivement est opérée suivant les principes préconisés en Allemagne, par Schröder, et en France, par Pozzi. La réunion du plan

musculo-aponévrotique est assurée, et reconstitue ainsi la paroi abdominale au-devant de l'éventration. La paroi se trouve par le même fait épaissie et doublée, quand la fusion s'est opérée entre les tissus du sac et la zone d'avivement. Ce mode de suture prévient aussi les récidives : la soudure des lèvres musculo-aponévrotiques donne de la résistance à la ligne de cicatrice.

L'invagination du sac ne doit pas être une menace sérieuse d'étranglement. Il n'y a d'abord pas à craindre, dans ces éventrations postopératoires, les fausses réductions comme dans les hernies ordinaires. D'autre part, la réduction une fois opérée, les anses intestinales, intimement fixées à la paroi abdominale, ont peu de tendance à se mobiliser et à s'engager sous une bride fibreuse ou épiploïque. Cet accident n'a pas été signalé dans les observations que nous avons parcourues.

Les troubles fonctionnels, sous la dépendance de la hernie ventrale, s'atténuent à la suite de l'opération. Les adhérences intestinales, avons-nous vu, provoquent dans la hernie des sensations douloureuses. Une fois celle-ci réduite, et la cure radicale effectuée, ces phénomènes sont à peu près supprimés.

Ces éventrations de laparotomie se produisent souvent chez des sujets dont la paroi abdominale, affaiblie et amincie, tombe en besace au-devant des cuisses, et ne constitue plus pour l'intestin une sangle efficace. De là un ensemble de malaises neurasthéniques (céphalée en casque, vertiges, inaptitude intellectuelle). L'opération a pour résultat de rendre à la sangle abdominale sa rigidité et de faire disparaître ces troubles nerveux. Il est vrai de dire qu'une seule intervention ne suffit pas toujours.

Ainsi la malade de l'observation II vint retrouver M. Jaboulay, parce qu'elle ne se trouve pas le ventre suffisamment serré, et dans une station debout un peu prolongée, elle éprouvait de nouveau ses malaises.

L'éventration pourtant ne s'était pas reproduite, malgré l'indocilité de la malade et le refus de s'astreindre à un repos absolu, les jours qui suivirent l'opération.

Le résultat esthétique est assez satisfaisant. Cinq mois après la première intervention, il ne restait plus qu'à la partie inférieure de la cicatrice une petite surface légèrement cruentée en forme d'ombilic. Cette surface ne donnait point de suintement comme Balandin l'avait relaté dans son observation.

En définitive, les avantages de la méthode préconisée par M. Jaboulay, doivent la faire préférer dans les interventions de ce genre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grossesse tubaire. — Hématocèle intrapéritonéale. — Laparotomie suivie d'un Mickulicz. — Drainage abdomino-vaginal. — Eventration. — Adhérences intestinales à la paroi du sac herniaire. — Blessure de l'intestin dans une tentative de cure radicale de l'éventration par le procédé de Maydl. — Choix d'une méthode.

Cette malade était entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Maurice Pollosson. M. le professeur agrégé Jaboulay alors chargé du service fit le diagnostic de grossesse tubaire ayant déterminé par sa rupture dans l'abdomen la formation d'une hématocèle intra-péritonéale. La collection sanguine siégeait à gauche; du fond du cul-de sac de Douglas distendu par le magna sanguin, elle remontait dans le petit bassin jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure

gauche. À ce niveau, on sentait un empâtement profond considérable. Par le toucher, la moitié gauche du col était allongée comme si l'utérus avait été sectionné verticalement, que la section gauche de l'utérus se soit développée exclusivement. Le toucher décelait aussi la collection rétro-utérine. Depuis deux mois, la malade n'avait pas eu ses règles. Le début qui avait été marqué par un état syncopal assez intense avait été brusque. Il semble remonter à une dizaine de jours. Température le jour de l'opération 38 degrés.

Le 2 janvier 1894, M. Jaboulay fait une laparotomie. Il fait sur la paroi abdominale une incision angulaire; l'une des branches de l'incision parallèle à l'arcade pubienne gauche longue de 12 centimètres environ, l'autre suivant la ligne blanche mesurant 8 centimètres environ.

L'opération terminée, on laisse un Mikulicz dans l'abdomen. Deux jours après on enlève la gaze qui plongeait dans le bassin; elle avait ramené beaucoup de sang, et les masses intestinales voisines étaient agglutinées entre elles, adhéraient à la paroi. Ces adhérences sont lâches et se détachent facilement. La paroi abdominale est ensuite fermée par une suture à triple étage. Immédiatement après la température reste au-dessous de 38 degrés, et la réunion était en bonne voie, mais quinze jours après, le 15 janvier 1894, il s'est produit une ascension dans la courbe thermométrique (39°2). L'exploration de la fosse iliaque gauche décelait la présence d'une collection.

Ablation des caillots, nettoyage de la cavité; drainage abdomino-vaginal avec trois lanières de gaze iodoformée.

Depuis cette opération, la malade garde le lit, ou porte quand elle se lève une ceinture abdominale.

Trois mois après, il se produit de l'éventration. Au niveau de la cicatrice et plus particulièrement au niveau de l'angle de cette cicatrice, l'intestin fait hernie sous la peau.

Le 10 avril, M. Jaboulay fait une tentative de cure radicale de l'éventration. En faisant la résection complète du sac il blesse l'intestin qui avait contracté des adhérences avec la paroi au niveau de la cicatrice et en dehors d'elle. La bile s'écoulait par la plaie intestinale, la malade en peu de temps avait maigri d'une manière inquiétante.

Le 20 mars, la malade était sortie guérie de sa fistule intestinale; mais l'éventration persistait encore, malgré la suture des différents plans de la paroi.

M. Jaboulay avait résolu une nouvelle intervention, que le départ précipité de la malade ne lui permit pas de faire.

Voici, telle qu'il la formula alors, la formule opératoire qu'il comptait appliquer à cette malade :

« Il faudrait, dans ces cas d'éventration post opératoire avec adhérences intestinales, inciser les téguments de chaque côté de la poche herniaire, et suturer par-dessus le sac invaginé les surfaces d'avivement, ou mieux suturer en même temps que la peau l'aponévrose et la couche musculaire. »

OBSERVATION II

Fibrome utérin. — Hystérectomie supra-vaginale. — Ablation d'une pince restée dans l'abdomen — Eventration post-opératoire. — Tentative infructueuse de cure radicale, par le procédé de Maydl, se compliquant d'une blessure de l'intestin adhérent. — Cure par le procédé Simon, modifié : l'incision complète de la paroi entraîne encore la blessure de l'intestin. — Nouvelle application du procédé de Simon, sans faire l'incision des plans profonds.

Phil. C..., âgée de quarante cinq ans, célibataire, exerçant la profession de cuisinière.

Pas d'antécédents héréditaires au dire de la malade : Père mort à soixante-dix-sept ans ; mère vivante, bien portante ; 11 frères ou sœurs, dont 4 morts en bas âge, à la suite de rougeole ou d'affection pulmonaire, et 7 survivants et en bonne santé.

Dans les antécédents personnels, nous relevons la fièvre typhoïde à l'âge de huit ans. Cette fièvre aurait été exceptionnellement grave, et depuis, la malade aurait toujours été faible et anémique, malgré une tendance marquée à l'embonpoint. Premières règles à l'âge de quatorze ans : irrégulières et retardantes jusqu'à l'âge de trente ans, elles sont devenues alors de plus en plus abondantes et plus rapprochées, et s'accompagnaient de douleurs assez vives, obligeant la malade à une inaction à peu près absolue. Dans l'intervalle des périodes menstruelles, pertes blanches continues, souvent teintées de sang.

Depuis une quinzaine d'années, Phil. C... s'était aperçue qu'elle avait une grosseur dans le ventre; mais le peu de gêne qu'elle en éprouvait avait fait qu'elle s'en préoccupait fort peu. Il y a six ans environ, cette tumeur avait pris rapidement un volume considérable; un médecin consulté alors en avait conseillé l'ablation.

Ce n'est que quatre ans plus tard, à la fin de 1893, que a malade vient à l'Hôtel-Dieu et se décide à subir l'opération qui lui était nécessaire. Elle entre à la salle Sainte-Anne. M. le professeur agrégé Jaboulay, alors chef de service, diagnostique un fibrome de l'utérus.

17 septembre 1893. — L'hystérectomie supra-vaginale est pratiquée : Incision médiane de la paroi, longue de 20 centimètres, met en présence d'un fibrome interstitiel gros comme une tête d'adulte.

Ablution de l'utérus et des anneaux. Un fil élastique circulaire est placé sur le col qui est distinct du vagin qui ne tient plus que par des attaches latérales aux ligaments larges, (cinquante-cinq jours après l'opération, ce pédicule s'est éliminé par le vagin avec la ligature élastique). Suture enchevillée de la paroi avec large adossement péritonéal. Le lendemain de l'opération issue de l'intestin à travers la plaie sous le pansement, et réintégration de l'intestin, suture en étage ou coupure de la paroi abdominale.

Au moment où l'on reportait la malade dans son lit, la malade éprouve une douleur assez vive, comme si un couteau lui fut enfoncé dans le ventre.

Les suites de l'opération semblaient heureuses. Pas de fièvre, réunion assez rapide, soulagement éprouvé par la malade.

Les pansements étaient terminés, quand, trois mois après, vers les premiers jours de janvier 1894, la ligne de suture se

met à suppurer, et les mors d'une pince paraissent au travers de la cicatrice.

Pour enlever cette pince, il faut débrider autour des boucles de la pince et écarter les anses intestinales qui les enserrèrent. Les tuniques externes de ces anses sont érodées. Suture de la plaie, par quelques points sereux aponévromusculaires et cutanés.

Le 16 janvier, sortie de la malade.

Le 20 janvier, retour de la malade. L'intestin fait hernie sous la peau au niveau du point débridé par l'ablation de la pince, et depuis cette époque, elle éprouve une sensation de pesanteur et de relâchement dans le ventre; elle a de fréquentes coliques et le ventre est continuellement ballonné.

En opérant l'éventration et en faisant la reséction de la poche herniaire, le chirurgien perfore l'intestin qui adhérait à la paroi.

Suture immédiate de l'intestin.

Suture de la paroi. Impossibilité de reconstituer les trois plans.

Le 25 mars, la malade quitte l'hôpital contre l'avis du chef de service. Très indocile et très capricieuse, elle ne cessait de se plaindre de ses pansements; tantôt les bandes étaient trop serrées et elle leur donnait du jeu, tantôt on la laissait trop longtemps sans les panser, et quelques carrés de toile glissés sous le pansement servaient à réparer l'oubli imaginaire de l'interne; elle ne voulait jamais se résigner à rester immobile dans un lit; nous l'avons même vue au lendemain de l'opération couchée sur le ventre sous prétexte de calmer la douleur qu'elle éprouvait. Quand elle quitta le service, la plaie était encore ouverte, et la malade s'est pansée elle-même avec du vin aromatique et de la charpie.

Le 17 août, la malade revient trouver M. Jaboulay qui la fait entrer à la Charité, salle Sainte-Madeleine. Elle dit éprou-

ver de vives douleurs dans le ventre, être absolument incapable de tout travail. Dans la situation debout, son ventre tombe et elle sent des tiraillements au niveau de la cicatrice ; elle a la tête vide et de la céphalée en casque.

La cicatrice est sanieuse et mal fermée ; l'intestin pointe sous elle ; les parois abdominales flasques forment besace.

Sur les instances de la malade, M. Jaboulay tente une deuxième fois la cure radicale de l'éventration.

Dans la crainte d'adhérence intestinale à la cicatrice, M. Jaboulay fait une incision elliptique, débordant la cicatrice de 4 travers de doigts de chaque côté, le bistouri blesse encore une anse intestinale. L'intestin adhère sur une surface assez étendue en dehors de la cicatrice, et au-dessus d'elle. Suture intestinale, suture à triple étage de la paroi par-dessus la cicatrice et le sac invaginé.

La température, le lendemain de l'opération, est montée à 39 degrés et est restée à 38 degrés pendant six jours.

Au quinzième jour, réunion complète ; un mois et demi après, sortie de la malade.

Elle revient à l'Hôtel-Dieu trouver M. Jaboulay.

Depuis la dernière intervention, elle s'est trouvée améliorée et elle n'éprouve plus de tiraillements épigastriques pénibles, de coliques dans le ventre, de douleurs au niveau de la cicatrice ; elle a pu même reprendre ses occupations de cuisinière ; mais elle se fatigue rapidement ; quand elle est restée longtemps debout, il lui semble que son ventre tombe, elle éprouve de la céphalalgie frontale, les troubles dyseptiques sont pourtant moins accusés qu'avant.

La paroi abdominale est encore flasque et procidente. Il reste une cicatrisation linéaire peu apparente et à sa partie inférieure une petite surface ombiliquée, légèrement cruentée, qui ne donne pas de suintement appréciable.

Le 2 mars 1895, M. Jaboulay se décide à une deuxième

intervention analogue à la précédente dans le but de rendre à la paroi la tension qui lui manque; car l'éventration ne s'est pas reproduite. Il limite encore la cicatrice par une incision elliptique; mais, au lieu de comprendre dans l'incision toute l'épaisseur de la paroi, il sectionne la peau, l'aponévrose et les grands droits dans une partie seulement de leur profondeur. Il veut éviter de blesser l'intestin, dont il a reconnu les solides et multiples adhérences, et il prévient en même temps les accidents septiques, sans faire perdre aux surfaces d'avivement les conditions qu'elles doivent présenter pour donner une bonne réunion.

Rapprochement de ses surfaces par dessus la cicatrice à l'aide d'une suture enchevillée profonde au fil d'argent. Suture du plan aponévrotique. Drainage sous la suture.

Les quatre premiers jours qui suivirent l'opération pas d'élévation de température; le 8 mars ascension thermique (39°). Le pansement de la malade est tout défait et celle-ci nous dit qu'elle n'a pas pu supporter les bandes qui lui seraient trop le ventre, puis elle avait glissé sur la plaie des carrés de toile.

La suppuration se déchirait au niveau de la ligne de suture, on déterge soigneusement la plaie; on fait un autre pansement.

Le lendemain température à 38 degrés, les jours suivants, retour à la normale.

Depuis cette époque, on lui a fait deux autres pansements. La plaie se ferme bien et la malade est en bonne voie de guérison.

CONCLUSIONS

I. Trois procédés opératoires sont employés pour obtenir la cure des éventrations post-opératoires :

- a) Réduction après résection totale ;
- b) Réduction après résection partielle ;
- c) Réduction sans résection et invagination.

II. Dans les interventions de ce genre, il ne faut pas oublier le danger que présentent les laparotomies secondaires, et surtout la possibilité de blesser une anse intestinale adhérente.

III. Si les deux premiers procédés trouvent leur application dans la majorité des cas, ils doivent être répudiés en présence d'adhérences intestinales résistantes et étendues au pourtour de la zone de cicatrice.

IV. Les conditions opératoires dans lesquelles auront été effectuées la première laparotomie (opérations septiques, drainage abdominal), les troubles fonctionnels accu-

sés par la malade, l'exploration de la poche herniaire fournissent des signes de présomption pour l'existence de ces adhérences.

La certitude nous est fournie par l'ouverture de la cavité abdominale.

V. Le procédé de choix est celui préconisé par Simon d'Heidelberg et employé par M. le professeur agrégé Jaboulay avec quelques modifications et perfectionnements dans la pratique opératoire.

Le manuel opératoire est le suivant :

- a) Réduction de l'invagination ;
- b) Avivement bilatéral par deux incisions en forme de croissants, opposés par leurs extrémités. Il faudra comprendre dans l'incision les plans cutanés et aponévrotiques, et le plan musculaire dans ses parties superficielles ;
- c) Suture enchevillée, profonde, combinée avec une suture spéciale du plan aponévrotique ;
- d) Drainage.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
M. POLLOSSON

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer,
LE DOYEN,
LORTET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- H. Reigner.* — Essai sur les hernies ventrales. (Thèse, Paris, 1878.)
- Gil Wylie.* — Ventral hernia, caused by laparotomie. (Americ. J. of obstetrics. — 1887.)
- P. Wertheimer.* — Essai sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie (Th. Paris, 1888.)
- Sänger.* — Centrblatt, für Gynt, 1888.
- John Homans.* — Boston, 1887.
- S. Pozzi.* — Traité de gynécologie, p. 52.
- Pozzi.* — Congrès français de chirurgie, 1888-1891.
- Richelot.* — Soc. de chirurgie, 1891.
- W. Alexander.* — Prov. med. journ. 1889.
- Chrobak.* — Internat. Klin Rundschau et Centralbl. f. Gyn., 1888.
- Lucas Championnière.* — Cure radicale des hernies. — Paris, 1892.
- Maydl.* — Wiener. Med. Presse n° 40, 1886.

Balandin (Saint-Petersbourg). Congrès de Berlin, 1890. —
Beilage zum Centralblatt. für Gynäk., 1890.

A. Hoffa. — Münchiner med. Wochenschrift, 1887.

Hadlich. — Ueber operative Behandlung der Bauchbrüche.
Langenbech's Archiv., t. XX, p. 568. — Hegar et Kal-
tenbach, p. 244.

